| Hôpital Local Intercommunal Soltz-Issenheim | | | N°S PT.S.041.2 |
|---|---|---|---|
| | **PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, DE L'EVALUATION AU TRAITEMENT** | | |
| | | | |

**SERVICES DESTINATAIRES**

CLASSEUR 2 : SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

CLASSEUR 3 : QUALITE

CLASSEUR 4 : SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

CLASSEUR 6 : SERVICE DE SOINS DE LONGUE DUREE

CLASSEUR 7 : SERVICE DE MAISON DE RETRAITE

CLASSEUR 11 : PHARMACIE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modification<br><br>Suppression | Date : 12.10.2009<br><br>Date : | | |
| | | | |
| Date de création<br><br>**27.07.2009** | Service émetteur<br><br>Nom: Dr Lalwani-Benabid<br><br>Signature | Vérificateur<br><br>Nom : J.J. Schneider<br><br>Signature | Approbateur<br><br>Nom : Dr Fournier<br><br>Signature |

# LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

# SOMMAIRE

I - Définition

II - Reconnaitre la douleur

III - Mesurer l'intensité de la douleur

IV - Qui évalue la douleur et quand ?

V - Traitement pharmacologique de la douleur

VI - Autres traitements

VII- Prise en charge spécifique : centres de lutte contre la douleur

VIII - Conclusions

IX - Bibliographie

# I - DEFINITION

La définition de la douleur la plus souvent citée est celle proposée par l'International Association for the Study of Pain (IASP). La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme de telle lésion. Cette définition, assez vague, témoigne de la nature subjective de la douleur autant que sa complexité.

**Les douleurs peuvent être :**

- aigüe : fonction d'alerte, utile, protectrice
- chronique : la douleur chronique est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soit sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :
  - persistance ou récurrence
  - durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois
  - réponse insuffisante au traitement
  - détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière.

**Type de douleur :**

➢ Douleur ***par désafférentation*** (à type de décharge électrique, brûlure, fourmillement).

Ex : atteinte du système nerveux, algies post-zostériennes : polynévrite, membre fantôme…

- Douleur ***par excès de Nociception*** (douleur pénétrante, à type de torsion, lourdeur, tiraillement).

Ex : douleur post traumatique, inflammatoire, ischémique, ostéo-articulaire (arthrose, ankylose), vasculaire…

- Douleurs ***par réflexe sympathique*** : algodystrophie, causalgie…

- Douleur ***psychogène*** : douleurs morales, deuil, maladie incurable…

# II – RECONNAITRE LA DOULEUR

## Signification de la douleur

- Douleur : fonction d'alerte
- Douleur et subjectivité : « croire à priori »
- Douleur : moyen de communication

## Expression de la douleur chez le sujet âgé

- Douleur non verbalisée
- Rédemption par la douleur
- Phénomène naturel par rapport au vieillissement
- Fatalité
- Peur de déranger
- Crainte d'un diagnostic irrémédiable
- Trouble cognitif, trouble de la conscience
- Risque de sous-estimation
- Modification du comportement

## Signes évocateurs :

*1) Expression du visage :*

- Crispation
- Regard fixe, inexpressif, angoissé
- Teint livide, cireux
- Bouche bloquée, mâchoire crispée

*2) Aspect de la peau*

- moite, sueur
- pâleur
- marbrée

*3) position antalgique*

- position fœtale
- crispation des doigts, agrippement
- rareté des mouvements

*4) Protection des zones douloureuses*

- Main posée sur la zone douloureuse
- Réaction de retrait

*5) Plaintes somatiques*

- Spontanées ou lors de soins
- Envahissant toute communication
- Equivalents (cris, pleurs, gémissements)

*6) Manifestation neuro-végétative*

Appareil respiratoire : variation de la fréquence respiratoire, respiration buccale ou abdominale
Appareil cardio- vasculaire : pouls accéléré ou ralenti, tension artérielle augmentée ou pincée
Appareil digestif ; nausées, vomissements, diarrhées, hoquet

**Retentissement fonctionnel chez le sujet âgé :**

- Anorexie
- Insomnies
- Replis sur soi
- Irritabilité, agitation
- Perte d'autonomie
- Altération de la qualité de vie.

# III – MESURER L'INTENSITE DE LA DOULEUR

Il existe différents outils d'évaluation de la douleur. Il faut choisir l'échelle d'évaluation la plus adaptée au type de douleur et au profil du patient.

## L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

### Définition

C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique, que celles-ci soient en rapport ou non avec un cancer. Elle doit être utilisée en priorité, lorsque c'est possible.

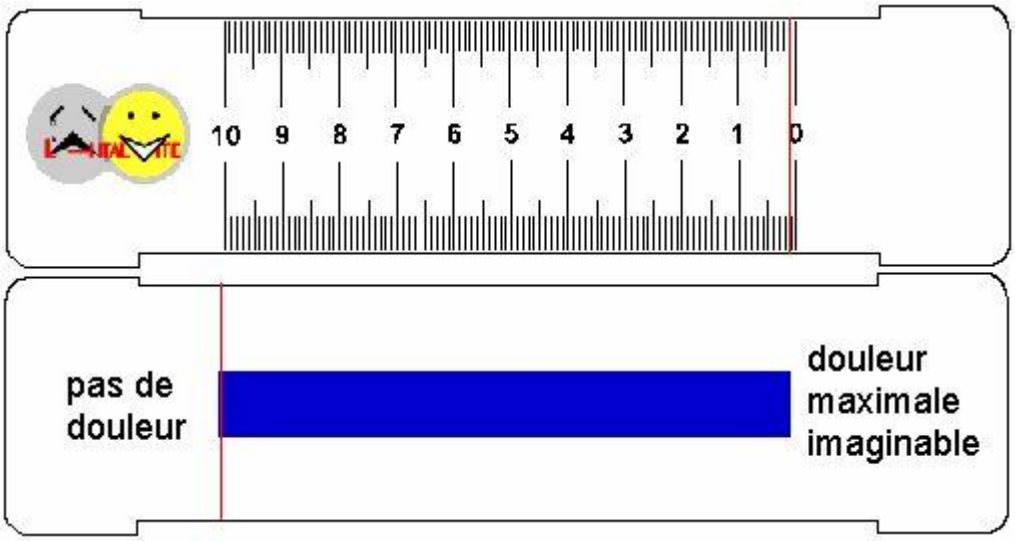
### Description

L'EVA se présente sous la forme d'une réglette en plastique de 10 cm graduée en mm, qui peut être présentée au patient horizontalement ou verticalement.

Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "*Absence de douleur*", et l'autre à "*Douleur maximale imaginable*".

Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur

Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en mm.




## Limites de l'EVA

L'utilisation de l'EVA n'est possible que chez les patients communicants, et ayant des capacités d'abstraction. Dans la population générale, 15% des individus ne peuvent pas déterminer l'intensité de leur douleur à l'aide de l'EVA.

Seuls 20% des sujets en phase avancée d'un cancer et associant des troubles cognitifs et une altération de l'état général sont capables d'utiliser correctement l'EVA.

L'EVA ne donne aucune information sur la cause ou le mécanisme de la douleur.

## Conseils d'utilisation

Il faut expliquer préalablement au patient l'utilisation de l'échelle, et vérifier la compréhension de l'outil (quantification de la douleur, déplacement du curseur dans le bon sens,…)
Si le patient présente plusieurs sites douloureux ou des accès de douleur, chacun doit être évalué séparément. Il est possible de le faire rétrospectivement.

## Utilisation de l'EVA chez les personnes âgées

L'utilisation de l'EVA n'est pas possible dans un grand nombre de cas, en particulier chez les personnes présentant des handicaps rhumatologiques (ankylose des doigts empêchant l'utilisation du curseur), des troubles visuels, des troubles cognitifs limitant la compréhension des consignes, des limites culturelles réduisant les capacités d'abstraction

# L'ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)

## Définition

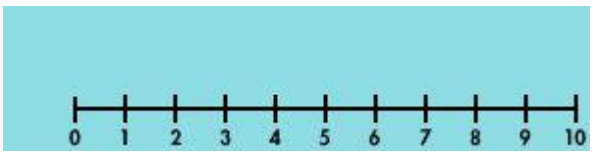
C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique, que celles-ci soient en rapport ou non avec un cancer. Bien que moins sensible que l'EVA, elle lui est très proche par ses modalités d'utilisation et ses limites.

## Description

L'EN peut être présentée sous forme écrite ou orale.

Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de quantifier sa douleur sur une échelle virtuelle allant de 0 ("Douleur absente"), à 10 ("Douleur maximale imaginable").

Dans sa forme écrite, l'EN comprend 11 chiffres alignés verticalement ou horizontalement, compris entre 0 ("Douleur absente"), et 10 ("Douleur maximale imaginable"). Elle est présentée au patient, qui entoure ou désigne le chiffre correspondant à l'intensité de sa douleur



## Limites de l'Échelle Numérique

L'échelle numérique est moins sensible et moins précise que l'EVA.

## Conseils d'utilisation

Il faut utiliser la forme (écrite ou orale) la plus adaptée au patient.
Si le patient présente plusieurs sites douloureux ou des accès de douleur, chacun doit être évalué séparément. Il est possible de le faire rétrospectivement, ce qui permet des comparaisons intra-individuelles.

## Utilisation de l'Échelle Numérique chez les personnes âgées

L'échelle numérique peut être proposée aux patients qui ont du mal à comprendre le principe de l'EVA, mais qui conservent des capacités d'abstraction. Elle peut également proposée, dans sa forme orale, aux patients ayant des handicaps physiques

# L'ÉCHELLE ALGOPLUS

## Définition

ALGOPLUS est une échelle d'hétéro-évaluation récente d'évaluation comportementale de la douleur aigüe chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

## Description

La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter »oui » l'item considéré.

Si le score est supérieur ou égale à 2/5, le test est positif. La sensibilité est de 87% et la spécificité de 80%

| | OUI | NON |
|---|---|---|
| 1- **Visage** : froncement des sourcils, grimaces, mâchoires serrées, visage figé | | |
| 2- **Regard** : regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés | | |
| 3- **Plaintes orales** : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris | | |
| 4- **Corps** : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées | | |
| 5- **Comportements** : agitation ou agressivité, agrippement | | |

# L'ÉCHELLE DOLOPLUS 2

## Définition

C'est une échelle d'hétéro-évaluation. Elle évalue la douleur dans sa globalité, dans ses dimensions somatique, psychomotrice et psychosociale. Elle est validée pour la mesure de la douleur chronique chez le patient âgé non communicant ou présentant des troubles cognitifs sévères.

## Description

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux).
Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux). L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire.

Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

## LEXIQUE DES ITEMS DE L'ÉCHELLE DOLOPLUS 2

**Plaintes somatiques**

Expression de la douleur par la parole, le geste ou des cris, pleurs, gémissements

**Positions antalgiques**

Position corporelle inhabituelle visant à éviter, soulager la douleur

**Protection de zones douloureuses**

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense

**Mimique**

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (fixe, vide, absent, larmes)

**Sollicitation**

Toute sollicitation (soin, mobilisation, approche d'un soignant)

**Toilette / Habillage**

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide

**Mouvements**

Évaluation de la douleur dans le mouvement (changement de position, transferts, marche, seul ou avec aide)

**Communication**

Verbale ou non verbale

**Vie sociale**

Repas, animations, activités, accueil des visites, ateliers divers,…

**Troubles du comportement**

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie,…

## Conseils d'utilisation de l'échelle DOLOPLUS 2

- Ne rien coter en cas d'item inadapté
- Coter en équipe
- Ne pas comparer les scores de patients différents
- Ne pas recourir systématiquement à l'échelle Doloplus 2
- Les comportements passifs sont aussi parlants et importants que les comportements actifs.
- Tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher.

## Limites de l'échelle Doloplus 2

Elle n'est pas adaptée pour évaluer les douleurs aiguës.

Elle nécessite un apprentissage préalable.

Elle doit être, dans la mesure du possible, renseignée par une équipe pluridisciplinaire.

# ECHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR POUR PERSONNES AGEES NON COMMUNICANTES (ECPA)

## Définition

L'ECPA est née du besoin universellement ressenti parmi les gériatres d'une échelle douloureuse fiable utilisable chez les personnes âgée non communicantes (AVC, démences, état grabataires, fin de vie). Cette population est typiques des USLD et des EHPAD. C'est une échelle d'hétéro-évaluation adaptée ou démasquage de la **douleur récurrente** ou observations avant les soins et pendant les soins. Elle permet aussi de détecter **une douleur induite par les soins**.

## Conseils d'utilisation de l'échelle DOLOPLUS 2

L'échelle comprend neuf items avec cinq modalités de réponse cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. La cotation globale varie de 0 (absence de douleurs) à 32 (douleur totale)

L'ECPA possède deux dimensions :

- observation avant les soins

- observation pendant les soins.

L'avantage de l'ECPA est qu'elle peut être réalisée par un seul soignant. Il est indispensable de coter la dimension « observations avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.

Entre 0 et 4 : pas de douleur

De 4 à 8 : douleurs possibles, poursuivre l'évaluation

A 8 : douleur certaine

## Limites de l'échelle ECPA

Elle n'est pas adaptée pour un état végétatif ni pour des malades sédatés.

| | Item | Proposition | Score |
|---|---|---|---|
| Observation 5 mn avant les soins | Plaintes | Le sujet ne se plaint pas spontanément | ◉ |
| | | Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui | ○ |
| | | Le sujet se plaint en présence de quelqu'un | ○ |
| | | Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée | ○ |
| | | Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée | ○ |
| | Regard et mimique | Visage détendu | ◉ |
| | | Visage soucieux | ○ |
| | | Le sujet grimace de temps en temps | ○ |
| | | Regard effrayé et/ou visage crispé | ○ |
| | | Expression complètement figée | ○ |
| | Position spontanée | Aucune position antalgique | ◉ |
| | | Le sujet évite une position | ○ |
| | | Le sujet choisit une position antalgique | ○ |
| | | Le sujet recherche sans succès une position antalgique | ○ |
| | | Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur | ○ |
| | Mouvements | Le sujet se mobilise comme d'habitude | ◉ |
| | | Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements | ○ |
| | | Lenteur, rareté des mouvements | ○ |
| | | Immobilité | ○ |
| | | Prostration ou agitation | ○ |
| | Relation à autrui | Présence d'un contact immédiat | ◉ |
| | | Contact difficile à établir | ○ |
| | | Evite la relation | ○ |
| | | Absence de tout contact | ○ |
| | | Indifférence totale | ○ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Observation pendant les soins | Anticipation anxieuse | Le sujet ne montre pas d'anxiété | ○ |
| | | Angoisse du regard, impression de peur | ○ |
| | | Sujet agité | ◉ |
| | | Sujet agressif | ○ |
| | | Cris, soupirs, gémissements | ○ |
| | Mobilisation | Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière | ◉ |
| | | Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins | ○ |
| | | Le sujet retient de la main le geste lors de la mobilisation ou des soins | ○ |
| | | Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins | ○ |
| | | Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins | ○ |
| | Soins des zones douloureuses | Aucune réaction pendant les soins | ◉ |
| | | Réaction pendant les soins, sans plus | ○ |
| | | Réactions au toucher des zones douloureuses | ○ |
| | | Réactions à l'effleurement des zones douloureuses | ○ |
| | | L'approche des zones est impossible | ○ |
| | Plaintes pendant les soins | Le sujet ne se plaint pas | ◉ |
| | | Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui | ○ |
| | | Le sujet se plaint en présence de quelqu'un | ○ |
| | | Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée | ○ |
| | | Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée | ○ |
| TOTAL | | | |

**RESULTATS**:
Score maximal de 36
Plus le score est élevé, plus la douleur est intense et agit sur le comportement

# QUESTIONNAIRE DN4

## Définition

Outil simple permettant de rechercher **les douleurs neuropathiques.**

## Mode d'emploi

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher. Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire. A chaque item, le patient doit apporter une réponse par « oui » ou « non »

A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».

La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82.9% ; spécificité à 89.9%)

## QUESTIONNAIRE DN4

**Question 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| 1. Brûlure | | |
| 2. Sensation de froid douloureux | | |
| 3. Décharges électriques | | |

**Question2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| 4. Fourmillements | | |
| 5. Picotements | | |
| 6. Engourdissements | | |
| 7. Démangeaisons | | |

**Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| 8. Hypoesthésie au tact | | |
| 9. Hypoesthésie à la piqûre | | |

**Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| 10. Le frottement | | |

# IV - QUI EVALUE LA DOULEUR ET QUAND?

Qui évalue : tout soignant formé à l'évaluation de la douleur et à utiliser des outils adaptés.

Pourquoi évaluer ? Pour affirmer ou non la douleur, pour quantifier et/ou qualifier la douleur selon l'échelle utilisée, pour traiter et soulager.
L'échelle n'est qu'un outil mais indispensable.

## A l'admission :

-Le médecin prescrit l'évaluation de la douleur, s'il le juge nécessaire.

-Le soignant évalue systématiquement la douleur dans les 48 heures suivant l'admission, la trace dans le PSI et le signale au médecin.

## Pendant le séjour :

-Tout soignant peut initier une évaluation et doit le signaler au médecin. Le soignant ouvre une cible sur le PSI. L'évaluation se fait par les IDE ou AS 2 à 3 fois par jour : le matin lors de la prise des tensions ou distribution des médicaments, le midi et le soir :lors de la distribution des médicaments .

- Penser à évaluer systématiquement la douleur devant chaque modification de comportement de la personne âgée.

- L'évaluation doit devenir un réflexe, elle doit être répétée en suivi du traitement antalgique.

L'auto évaluation doit être privilégiée tant que possible. Si elle est impossible, non fiable ou discordante, pratiquer une hétéro-évaluation.

# V – TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR

La prescription d'antalgiques doit s'adapter à l'**INTENSITE**, au **CARACTERE** et à la **NATURE** du syndrome douloureux. L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une stratégie dans le traitement des douleurs et a établi une échelle thérapeutique comprenant 3 paliers.

**PALIER I : douleur légère à modérée / antalgiques périphériques**

Paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens

Ex : Aspégic, Dafalgan, Doliprane, Efferalgan, Perfafalgan, Profénid, Voltarène, Advil…

**PALIER II : douleur légère à modérée et/ou échec des antalgiques du niveau précédent / Opoïdes faibles.**

Codéine, Tramadol, Néfopam

Ex : Topalgic, Efferalgan codéiné, Ixprim, Acupan…

**PALIER III : douleur modérée à sévère / Opoïdes forts**

Actiskénan, Skénan, Durogésic, Morphine, Sophidone, Oxynorm, Oxycontin…

**Le passage à un palier supérieur s'effectue lorsque les médicaments du palier précédent utilisés de façon rigoureuse se révèlent insuffisants ou inefficaces.**

Horaires d'administration : principe de base = prendre les antalgiques à **heures fixes, régulièrement**, et non à la demande, afin d'éviter la réapparition de la douleur

Les horaires d'administration de l'antalgique sont fonction de sa demi-vie.

Les principes de prescription et les traitements antalgiques sont similaires aux sujets jeunes :

- Douleur par excès de nociception : paracétamol, opiacés faibles et forts
- Douleur neurologiques : antidépresseurs tricycliques, antiépileptiques
- Douleur mixte : paracétamol + tramadol

# VI – AUTRES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR

Un principe général : une organisation humaine et matérielle du soin et une approche relationnelle de qualité permettent de prévenir les douleurs induites et de ne pas exacerber une douleur existante.

## Stratégies non pharmacologiques :

- Massages
- Physiothérapie
- Acupuncture, mésothérapie
- Approches cognitives et comportementales (psychothérapie, musicothérapie, sophrologie, relaxation, hypnose, imagerie mentale…)
- Aides techniques (orthèses, fauteuil adapté, lit médicalisé…)

## Co-analgésiques

- Corticoïdes, antidépresseurs tricycliques, anti-épileptiques, Benzodiazépine, Neuroleptiques, diphosphonates…

## Traitements spécifiques

- Radiothérapie à visée antalgique
- Cimentoplastie de métastases osseuses
- Blocs neurolyptiques…

# VII – PRISE EN CHARGE SPECIALISEE

Il existe également des centres référents de lutte contre la douleur où sont réalisées des consultations algologiques permettant une prise en charge spécifique de la douleur notamment lors de douleurs rebelles réfractaires à toutes les thérapeutiques utilisées.

**HÔPITAL CIVIL** Centre de traitement de la douleur
1, place de l'Hôpital 67000 STRASBOURG CEDEX
Tél. 03 88 11 64 83

**HÔPITAL HAUTEPIERRE** Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
1, avenue Molière 67098 STRASBOURG
Tél. 03 88 12 76 13

**Clinique St Anne** Consultation anti douleur
182 route de la Wantzenau 67000 STRASBOURG
Tel. 03 88 45 81 40

**CH Louis Pasteur** Consultation de la douleur
Avenue de la Liberté 68000 COLMAR CEDEX
Tél. 03 89 12 48 89

**HÔPITAL ÉMILE MULLER** Service de traitement de la douleur
20, avenue du Dr René Laennec 68090 MULHOUSE
Tél. 03 89 64 62 15

# VIII – CONCLUSIONS

La douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Elle existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

Donc :

- Evaluer

- Et traiter efficacement

- Pour un meilleur service rendu au malade.

# VIII – BIBLIOGRAPHIE


- Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, octobre 2000, HAS.

- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, décembre 2008, HAS.

- La douleur en pratique quotidienne, Alain Serrie / Claude Thurel, Ed Arnette

# FEUILLE D'EMARGEMENT

# S.PT.S.041.2

| *Nom et Prénom* | *Fonction* | *Signature* |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |